

- 訪問歯科衛生指導記録
- 介護予防居宅療養管理指導記録
- 居宅療養管理指導記録

保険医療機関

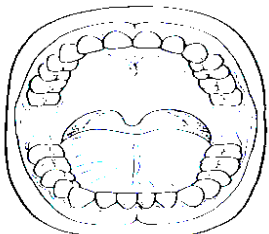
歯科衛生士

ご利用者 _____ 様

訪問先 自宅 施設

訪問日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

時間 : _____ ~ _____ :

観察事項	特記事項	本日の計画
体重 _____ kg		1.口腔のケア 2.摂食嚥下訓練 3.その他
血圧 / _____ mm hg		
脈拍 / 分 _____		
呼吸 / 分 SPO2 % _____		
体温 _____ C		
右  左		実施事項及び指導内容

経過記録

歯科医師指示

担当歯科医師 _____